

---

**Rio de Janeiro, 24 de Setembro de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190540486**

**Vítima: JOSELITO BARBOSA DOS SANTOS JUNIOR**

**Data do Acidente: 01/02/2017**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), JOSELITO BARBOSA DOS SANTOS JUNIOR**

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 01 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190540486                      Vítima: JOSELITO BARBOSA DOS SANTOS JUNIOR

Data do Acidente: 01/02/2017                      Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), JOSELITO BARBOSA DOS SANTOS JUNIOR

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 25 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190540486

Vítima: JOSELITO BARBOSA DOS SANTOS JUNIOR

Data do Acidente: 01/02/2017

Cobertura: INVALIDEZ

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), JOSELITO BARBOSA DOS SANTOS JUNIOR**

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 4.725,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros

inferiores 70%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 = R\$ 4.725,00

Recebedor: JOSELITO BARBOSA DOS SANTOS JUNIOR

Valor: R\$ 4.725,00

Banco: 001

Agência: 000001617-9

Conta: 0000041235-X

Tipo: CONTA CORRENTE

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: [www.seguradoralider.com.br/recomeco](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

102.144.914-80

4 - Nome completo da vítima:

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo:

Joelito Barbosa dos Santos Junior

6 - CPF:

102.144.914-80

7 - Profissão:

trabalhador de grande risco

8 - Endereço:

Rua: Tel. João Pessoa

11 - Bairro:

Trincheiras

9 - Cidade:

João Pessoa

9 - Número:

354

10 - Complemento:

15 - E-mail:

13 - Estado:

PB

14 - CEP:

58011-110

16 - Tel.(DDD):

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR  
☐ SEM RENDA

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR, TUTOR)

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Bco do Brasil

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 1617

9

CONTA:

41235

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias (noventa dias) pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 5.194/74, art. 3º, § 1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

9 de Setembro de 2019

Com Pedro L. F. 116-116 João Pessoa/PB

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorciado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim ☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou resíduo (valores)?

☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e comprovarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

João Pessoa, 10 de Setembro de 2019

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

TESTEMUNHAS

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e  
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

**Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo**

Número do Sinistro: 3190540486  
Nome do(a) Examinado(a): Joselito Barbosa dos Santos Junior  
Endereço do(a) Examinado(a): R Telg Joao Oscar, 354  
Trincheiras Joao Pessoa PB CEP: 58011-010  
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [ SSP / PB ] 3438656  
Data local do acidente: [ 01/02/2017 ]  
Data local do exame: [ 11/10/2019 ] Joao Pessoa [ PB ]

**Resultado da Avaliação Médica**

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:

**FRATURA EXPOSTA DA TÍBIA DIREITA.**

- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

**Tratamento: REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO, OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS.**

**Complicações: EVOLUIU COM OSTEOMIELITE, TENDO SIDO NECESSÁRIO NOVAS CIRURGIAS PARA LIMPEZA E DESBRIDAMENTO E POSTERIORMENTE RETIRADA DE MATERIAL DE SÍNTESE.**

**Data da Alta: 28/12/2018**

- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:

**AO EXAME FÍSICO APRESENTA CLAUDICAÇÃO DA MARCHA, CICATRIZES CIRÚRGICAS NA PERNA DIREITA, LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR DO JOELHO DIREITO, DEFICIT DE FORÇA MOTORA DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.**

- IV. Nexo de casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

(X) Sim ( ) Não

- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)

(X) Sim ( ) Não

- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

**APRESENTA CLAUDICAÇÃO DA MARCHA, LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR DO JOELHO DIREITO E DEFICIT DE FORÇA MOTORA DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.**

Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"

- VII. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (\*).

( ) "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

( ) "Sem sequela permanente"

(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

**MEMBRO INFERIOR - Lado Direito**

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve

(X) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve

( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve

( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

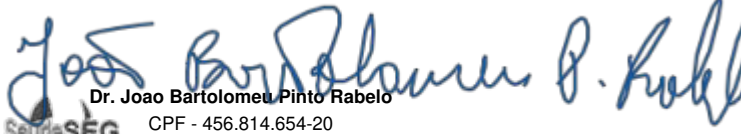
Região Corporal (Sequela):

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve

( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

- VIII. (\*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a) Médico(a) Examinador(a)  
Carimbo com Nome e CRM

  
**Dr. Joao Bartolomeu Pinto Rabelo**  
CPF - 456.814.654-20  
CRM/PB - 4518

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☐

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒

INVALIDEZ PERMANENTE

☐

MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

102.144.914-80

4 - Nome completo da vítima:

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo:

Joelito Barbosa dos Santos Junior

6 - CPF:

102.144.914-80

7 - Profissão:

trabalhador de grande risco

8 - Endereço:

Rua: Tel. João Pessoa

9 - Número:

354

10 - Complemento:

11 - Bairro:

Trincheiras

12 - Cidade:

João Pessoa

13 - E-mail:

14 - Estado:

PB

15 - CEP:

58011-110

16 - Tel.(DDD):

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR, TUTOR)

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Bco do Brasil

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 1617

9

CONTA:

41235

X

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias (noventa dias) pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 5.194/74, art. 3º, § 1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

9 de Setembro de 2019

Conte Seguradora Líder

V. Com Pedro L. F. 100-João Pessoa-PB

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorciado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim

☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou resíduo (valores)?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim

☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e comprovarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

João Pessoa, 10 de Setembro de 2019

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

TESTEMUNHAS

# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001            AGÊNCIA: 1769-8            CONTA: 000000611000-2

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 18/10/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSELITO BARBOSA DOS SANTOS JUNIOR

BANCO: 001

AGÊNCIA: 01617-9

CONTA: 000000041235-X

---

Nr. da Autenticação 9E28403BBAA69C6F





CAGEPA

COMPANHIA DE ÁGUAS E ESGOTOS DA PARAIBA  
 AVENIDA FELICIANO CIRNE - CAGEPA - 220 - JAGUARIBE JOAO PESSOA PB 58015-670  
 CNPJ: 09.123.654/0001-67 - IZINC. ESTADUAL N° 160572029  
 Informações e/ou Reclamações - Ligue 115

SEGUNDA VIA

Nº Documento: 201906430315

ESCRITÓRIO JOAO PESSOA

CÓDIGO PARA  
 DÉBITO AUTOMÁTICO  
 00043031.5

MATRÍCULA 00043031.5	CLIENTE VERONICA MARTINS DE OLIVEIRA	CPF/CNPJ: 929.XXX.XXX-XX	VENCIMENTO 15/06/2019
INSCRIÇÃO 001.004.385.0229.000	ENDEREÇO DO IMÓVEL RUA TELG JOAO OSCAR, 354 - TRINHEIRAS JOAO PESSOA PB 58011-010	DATA 06/2019	
RESPONSÁVEL ENDEREÇO PARA ENTREGA		ÁGUA LIGADA	ESGOTO LIGADA

ÚLTIMOS CONSUMOS		LEITURA		CONSUMO		CONSUMO/DIA	
05/2019 - 16	04/2019 - 0	ANTERIOR	ATUAL	(M³)	DIAS	(M³)	
03/2019 - 0-9	02/2019 - 0-9	17	34	17	30	0,57	
01/2019 - 0-9	12/2018 - 0-9	02/05/2019	01/06/2019	NºHm: Y19F106565			
ECONOMIAS	CONS. POR ECONOMIA	COD. AUXILIAR					
1	17	R 53019					

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS E TARIFAS	CONSUMO POR FAIXA	VALOR R\$
<b>ÁGUA</b> RESIDENCIAL 001 UNIDADE ATÉ 10 M3 - R\$ 17,91 (POR UNIDADE) 11 M3 A 20 M3 - R\$ 4,69 POR M3 <b>ESGOTO</b> RESIDENCIAL 001 UNIDADE ATÉ 10 M3 - R\$ 30,33 (POR UNIDADE) 11 M3 A 20 M3 - R\$ 2,51 POR M3 PARCELAMENTO DE DÉBITOS - PARCELA 3/40 - ACRESCIM(ES) MRS(ES) ANT. 04/2019 JUROS DE MORA 04/2019	10 M3 7 M3 10 M3 7 M3	27,91 34,23 30,33 2,51 89,44 1,00 2,24

Valores aproximados: taxa tributação PIS e COFINS, Lei 12.741 de 2012, R\$ 18,54

TOTAL R\$ 199,98

SR. USUARIO: EM 31/07/2019, REGISTRAMOS QUE V.SA. ESTAVA EM DÉBITO.  
 COMPAREÇA AOS POSTOS DE ATENDIMENTO PARA REGULARIZAR.  
 CASO TENHA PAGO APÓS A DATA INDICADA, DESCONSIDERE.

INFORMAÇÕES SOBRE O CONTROLE DE QUALIDADE DA ÁGUA PARA CONSUMO HUMANO 05/2019

Anexo 20 Portaria 05/2017 MS

Parâmetro	Vl. Médio	Parâmetro	Vl. Médio	Parâmetro	Vl. Médio	Parâmetro	Vl. Médio
Turbidez	0,90	Cor Aparente	1,80	Bact. Heterotróficas		Colif. Totais	
Cloro(mg/L)	1,90	P.H.	6,40	Colif. Termotolerantes			

VIA CLIENTE

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

Emitido por: INTERNET

Emitido em: 12/08/2019



CAGEPA

MATRÍCULA  
00043031.5

INSCRIÇÃO  
001.004.385.0229.000

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
 DPVAT  
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

19 SET 2019

DATA  
06/2019

NÃO RECEBER APÓS  
 30/06/2020

Gente Seguradora S/A  
 Rua Pedro I, 176 St. 106-João Pessoa PB

VENCIMENTO 15/06/2019

VALOR R\$ 199,98

GRUPO: 105

FIRMA: 2

82680000001-8 99980010001-1 00043031501-0 06201950003-2

VIA CAGEPA



LUCIA DE FATIMA GOMES MENDONÇA  
RUA JOAO TEIXEIRA DE CARVALHO 348 - PEDRO GONÇALVES  
JOÃO PESSOA / PB CEP: 58051-220 (A2: 1)

Ligação MONOFÁSICA  
C/SUB: RES MTC B1 / RESIDENCIAL - RESIDENCIAL  
Roteiro 3-5-112-2420 Referência Set / 2019  
Medidor: B0000942902 Emissão: 06/09/2019

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
B-220, Km 25 - Distrito Industrial, João Pessoa / PB CEP: 58071-400  
CNPJ: 06.182.000/40 - Insc. Est. 16.015.823-6

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº 200/005-467  
Cód. para Débito Automático: 00001152139

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 Acesso: www.energisa.com.br

Conta referente a Apresentação Data prevista da próxima leitura CPF / CNPJ / RAR  
Set / 2019 06/09/2019 08/10/2019 154.213.094-87

UC (Unidade Consumidora): 5/115313-9

Canal de contato  
Junte-se ao MOVIMENTO VACINA BRASIL. Saiba mais em  
saude.gov.br/vacinabrasil

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data 07/08/18	Leitura 5839	Data 06/09/19	Leitura 5885	
				272
				30

**Demonstrativo**

001	Consumo em kWh	270.000 0,834740	225,39	225,39	27	80,89	325,39	0,23	10,22
002	Ado. B. Vermeia		18,01	18,01	27	4,30	18,01	0,16	0,73
003	CONTRIB SERV LUM PUBLICA		10,88	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00

CC: Código de Classificação do Item TOTAL 252,25 241,38 65,17 241,38 2,39 11,00  
Tarifa de Tributos 0,983980

Média Últimos meses (kWh) 221  
**VENCIMENTO 13/09/2019**  
**TOTAL A PAGAR R\$ 252,25**

Histórico de Consumo (kWh)

0	27	156	236	114	272	228	388	304	389	232	238
Set/18	Out/18	Nov/18	Dez/18	Jan/19	Fev/19	Mar/19	Abr/19	Maio/19	Jun/19	Jul/19	Ago/19

2dcd.63a1.8145.f606.2ad0.06d0.71b9.e8d2

Indicadores de Qualidade				7/2019 - Tensão	
	Limite de Tensão (V)	Apurado	Limite de Tensão (V)		
PC MENSA	0,00	2,00	NORMAL	220	
PC TRIMESTRAL	0,00	2,00			
PC ANUAL	0,00	2,00			
PC MENSA	0,00	1,00	CONTRATADA	202	
PC TRIMESTRAL	0,00	1,00	LIMITE INFERIOR	202	
PC ANUAL	0,00	1,00	LIMITE SUPERIOR	231	
OMC	0,00	2,00			
DICR	0,00	2,00			

**ATENÇÃO**  
Resolva Tarifário - Vigência 29/09/19-Res. ANEEL Nº 2.588 - Atualização 4,42% Médio  
Resolva Tarifário - Vigência 29/09/19-Res. ANEEL Nº 2.588 - Atualização 4,42% Médio  
- Letura confirmada

Pagamentos em atraso

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
19 SET 2019  
Gente Seguradora S/A.  
Av. Dom Pedro I, 776 St. 106-João Pessoa/PB

BANCO DO BRASIL - PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL  
00190 00009 03150.244006 00408.043172 4 80110000026225  
PAGADOR LUCIA DE FATIMA GOMES MENDONÇA - CPF/CNPJ: 154.213.094-87  
RUA JOAO TEIXEIRA DE CARVALHO 348 - PEDRO GONÇALVES

**DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO À LAVAGEM DE DINHEIRO**  
**CIRCULAR SUSEP 445/12**

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES:**

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/biblioteca/web/docoriginal.aspx?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>**.

<sup>1</sup> Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

<sup>2</sup> Conselho de Controle de Atividades Financeiras - COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Libni Diego Pereira de Sousa inscrito (a) no CPF sob o Nº 057.714.329,74  
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Joselito Barbosa dos Santos Junior inscrito  
(a) no CPF sob o Nº 102.144.914/80 do sinistro de DPVAT cobertura Qualidade 3 da Vitima  
Joselito Barbosa dos Santos Junior inscrito (a) no CPF sob o Nº 102.144.914/80, conforme  
determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios.

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT - Comprobatórios  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
19 SET 2019  
Gente Seguradora S/A.  
Rua Pedro I, 176 St. 100-João Pessoa-PB

Endereço: Rua: João Teixeira de Carvalho Número: 349 Complemento: \_\_\_\_\_  
Bairro: Pedro Gondim Cidade: João Pessoa Estado: PB CEP: 58031-220  
Email: \_\_\_\_\_ Telefone comercial(DDD): 83.9512.6017 Telefone celular (DDD): 83.986008077

João Pessoa 11 de Setembro de 2019  
Local: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_  
[Assinatura]

Assinatura do Declarante

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
 MINISTÉRIO DAS CIDADES  
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO  
 CARNÊTE NACIONAL DE HABILITAÇÃO

**NOME**  
 JOSELITO BARBOSA DOS SANTOS JUNIOR

**DOC. IDENTIFIC. / CDS. INSCRIÇÃO DP**  
 3438656 **SSDS** **PS**

**CPF**  
 102.144.914-80 **DATA NASCIMENTO**  
 27/08/1995

**FUNÇÃO**  
 JOSELITO BARBOSA DOS SANTOS  
 VERONICA MARTINS DE OLIVEIRA

**PROFISSÃO** **ACC** **CATEGORIA**  
**AB**

**Nº RENOVADO**  
 05174046970 **VALIDADE**  
 18/11/2015 **1ª EMISSÃO**  
 11/09/2014

**ASSINATURA DO TITULAR**

**LOCAL**  
 JOÃO PESSOA, PB **DATA EMISSÃO**  
 17/09/2015

**18934902006**  
**PB031357911**

**DETRAN - PB (PARAIBA)**

**VÁLIDA EM TODOS OS TERRITÓRIOS NACIONAIS**  
**1152929351**

**PORTA-RETRATO PLASTIFICAR**  
**1152929351**

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
 DPVAT  
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

19 SET 2019

Gente Seguradora S/A.  
 Av. Com Pedro I, 776 Sl. 106-João Pessoa/PB



INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL

## COMUNICAÇÃO DE DECISÃO

NIT: 20422689267

Número do Benefício: 6212650962

Espécie: 31

Número do Requerimento: 184641311

Ao Sr. (a): JOSELITO BARBOSA DOS SANTOS JUNIOR

Endereço: TELEGRAFISTA JOAO OSCAR 354, TRINCHEIRAS

CEP: 58011010 Município: JOAO PESSOA

UF: PB

Assunto: Pedido de Auxílio - Doença

Decisão: Indeferimento do Pedido

Motivo: Não Constatação de Incapacidade Laborativa

**Fundamentação Legal:** Art. 59 da Lei Nº 8.213, de 24/07/1991. Art. 71 do Decreto Nº 3.048, de 06/05/1999; Portaria Ministerial 359 de 31/08/2006.

Em atenção ao seu pedido de Auxílio-Doença, apresentado no dia 12/12/2017, informamos que não foi reconhecido o direito ao benefício, tendo em vista que não foi constatada, em exame realizado pela perícia médica do INSS, a incapacidade para o seu trabalho ou para a sua atividade habitual.

Desta decisão poderá ser interposto Recurso à Junta de Recursos da Previdência Social, dentro do prazo de 30 (trinta) dias respectivamente, contados da data do recebimento desta comunicação.

Data, 15 de Janeiro de 2018



INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL - INSS

Agência da Previdência: JOAO PESSOA BELA VISTA  
CEP: 58010400 Município: JOAO PESSOA

Endereço: RUA BARAO DO TRIUNFO, 307  
UF: PB VARADOURO

Termo de Responsabilidade: Responsabilizo-me, sob as penas do Artigo 171 do Código Penal, pela veracidade da documentação apresentada para a solicitação do benefício acima descrito.  
Ciente,

TEM FE PUBLICA EM TODO O TERRITORIO NACIONAL 08694421

USO OBRIGATORIO  
IDENTIDADE CIVIL PARA TODOS OS FINS LEGAIS  
(Art. 13 da Lei nº 8.966/84)



08694421

08694421



**ORDEN DOS ADVOGADOS DO BRASIL**

CONSELHO SECCIONAL DA PARAIBA  
IDENTIDADE DE ADVOGADO

PCN

LIBNI DIEGO PEREIRA DE SOUSA

FILIAÇÃO

RAIMUNDO PEREIRA DE SOUSA  
DAMIANA DE FATIMA P. DA SILVA SOUSA

NATURALIDADE

POMBAL-PB

RG

2933875 - SSP/PB

DATA DE NASCIMENTO

20/04/1988

CPF

057.714.324-74

DATA DE EXERCICIO

06/12/2015

DECLARAÇÃO DE EXERCICIO

NÃO

02

06/12/2015

02

06/12/2015

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

19 SET 2019

Gente Seguradora S/A.  
R. Dom Pedro I, 775 Sl. 106-João Pessoa/PB

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB

Nº 013136593404

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO  
78581006980

1 0019345650-8 00/00000000

JOSELITO BARBOSA DOS S JUNIOR  
RUA JOAO KXILL 281  
SESI  
58306010 BAYEUX - PB

10214491480 00C1991/PB

ISTEFANIA FARIAS DE ANDRADE

NOVO PB 9C2KD04309R022285

PAS/MOTOCICLE/MNO APLIC GASOLINA

HONDA/MXR150-BROS K3 2009 2009

2 P/149 /CI PARTIC VERMELHA

SEM RESERVA DE DOMINIO

N-Motor KD04E39022285

BAYEUX - PB 0

26/01/2017

CARTÓRIO AZEVEDO BASTOS

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

6102 135 61  
Gente Seguradora S/A.  
Av. Dom Pedro I, 776 St. 106-João Pessoa/PB

CARTÓRIO AZEVEDO BASTOS  
1º OFÍCIO DE REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS  
TABELIONATO DE NOTAS - Código CNJ 06.279-0  
Autentico a presente cópia  
reprodução fiel do documento  
apresentado neste ato.  
Selo Digital de Fiscalização  
Tipo Normal C  
AHRA44575-CG52  
http://www.tribunalpb.org.br  
Valor do Ato: R\$ 3,24 (05/11/2018)

AUTORIZAÇÃO PARA TRANSFERÊNCIA DE PROPRIEDADE DE VEÍCULO  
AUTORIZO O DEPARTAMENTO ESTADUAL DE TRÂNSITO-DETRAN  
TRANSFERIR O REGISTRO DESTA VEÍCULO PARA:

NOME DO COMPRADOR: SUELTON DA SILVA

RG: 3905577 CPF/CNPJ: 700.408.121-5

Endereço: RUA FREI DAVIÃO Nº 18

MARCELO ANDREAZZA BAYEUX - PB

LOCAL: Santa Rita, 05/10/2018

ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO (VENDIDOR)  
a) O vendedor tem a obrigação legal de comunicar a venda do veículo ao DETRAN no prazo de 30 dias, sob pena de ter que se responsabilizar solidariamente pelas consequências administrativas e/ou criminais que decorrerem da comunicação (ou não) da venda do veículo - OTB;  
b) O adquirente terá prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados da data da inscrição para prova de transferência do veículo para o seu nome, sob pena de inoperante em situação de trânsito (Art. 238, c) e o pagamento do reconhecimento de erro do adquirente e do vendedor, sucessivamente na falta de acordo;  
c) Suelton da Silva  
ASSINATURA DO COMPRADOR

RECONHECIMENTO DE FIRMA DO PROPRIETÁRIO/VENDIDOR  
CONFORME ART. 369 C.C.

1º OFÍCIO DE NOTAS DE SANTA RITA  
Rua Siqueira Campos, 19, Centro, Santa Rita - PB

Reconheço, por autenticidade, a(s) firma(s) de:  
JOSELITO BARBOSA DOS SANTOS JUNIOR  
Deu fé, Santa Rita - PB: 05/11/2018  
Tabelião: Helton Gonçalves Menezes  
Selo Digital: AH891368-CJNK


CARTÓRIO AZEVEDO BASTOS  
1º OFÍCIO DE REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS  
TABELIONATO DE NOTAS - Código CNJ 06.279-0  
Autentico a presente cópia  
reprodução fiel do documento  
apresentado neste ato.  
Selo Digital de Fiscalização  
Tipo Normal C  
AHRA44575-CG52  
http://www.tribunalpb.org.br  
Valor do Ato: R\$ 3,24 (05/11/2018)

Autenticação por Autenticidade e Assinatura de  
SUELTON DA SILVA

Marcelo Jimenez de Oliveira, Escrivão - (Código CNJ 12.13)  
Selo Digital de Fiscalização Tipo AHR24776-1WRT

Casas em dados do ato em: <http://www.tribunalpb.org.br>

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos  
Consórcios do Seguro DPVAT

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0324961/19

**Vítima:** JOSELITO BARBOSA DOS SANTOS JUNIO

**CPF:** 102.144.914-80

**Seguradora:** SANCOR SEGUROS DO BRASIL S. A.

**Data do acidente:** 01/02/2017

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** JOSELITO BARBOSA DOS  
SANTOS JUNIOR

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT  
Outros

**LIBNI DIEGO PEREIRA DE SOUSA : 057.714.324-74**

Comprovante de residência  
Declaração Circular SUSEP 445/12  
Documentos de identificação  
Procuração

**JOSELITO BARBOSA DOS SANTOS JUNIOR : 102.144.914-80**

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência



## ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 19/09/2019  
Nome: LIBNI DIEGO PEREIRA DE SOUSA  
CPF: 057.714.324-74

LIBNI DIEGO PEREIRA DE SOUSA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 19/09/2019  
Nome: Luanna Karla Bezerra de Amorim Costa  
CPF: 095.931.564-02

Luanna Karla Bezerra de Amorim Costa



obrigado a usá-los, para prevenir acidentes e evitar as doenças profissionais.

Mostre ao seu novo companheiro os perigos que o cercam no trabalho.

Cada acidente é uma lição que deve ser aproveitada, para evitar maiores desgraças.

Todo o acidente tem uma causa que é preciso ser pesquisada, para evitar a sua repetição.

Se você for acidentado, procure logo o socorro médico adequado. Não deixe que "entendidos" e "curtosas" concorram para o agravamento de sua lesão.

Se você não é electricista, não se meta a fazer serviços de electricidade.

Procure o socorro médico imediato, se você for vítima de um acidente, amanhã será tarde demais.

As máquinas não respeitam ninguém, mas você deve respeitá-las. Atenda às recomendações dos membros da CIPA, e de seus mestres e chefes.

Cuide-se sempre as regras de segurança da seção onde você trabalha. Converse e discuta no trabalho, propõem a acidentes pela desatenção.

Leia e refina sempre os ensinamentos contidos nos cartazes e avisos sobre prevenção de acidentes.

Os anéis, pulseiras, gravatas e mangas compridas não fazem parte do seu uniforme de trabalho.

Mantenha sempre as guardas protetoras das máquinas nos devidos lugares.

Para a máquina quando tiver que consertá-la ou lubrificá-la.

Habitue-se a trabalhar protegido contra os acidentes. Use equipamentos de proteção adequados a seu serviço.

Cubra o manuseio dos extintores e demais dispositivos de combate ao fogo existentes em seu local de trabalho. Você pode ter necessidade de usá-los algum dia.

MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO  
CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL



Número 14740 Série 0035120

*João Roberto de Souza Lima*  
ASSINATURA DO PORTADOR



# QUALIFICAÇÃO CIVIL

Nome Joseleto Barbosa dos Santos Junior  
 Loc. Nasc. João Pessoa Est. PB Data 27.08.95  
 Filiação Joseleto Barbosa dos Santos e  
Verônica Martins de Oliveira  
 Doc. N° Rg. 3438296 557/PB

## ESTRANGEIROS

Chegada ao Brasil em ..... Doc. Ident. N° .....  
 Exp. em ..... Estado .....  
 Obs.: .....  
 Data Emissão 02.02.2015 SRTE João Pessoa/PB  
Feliana Custódio C. Silva 3506-8  
 Assinatura do Funcionário EM

## ALTERAÇÕES DE IDENTIDADE

(Com relação a nome, est. civil e data nasc.)

Nome .....  
 Doc. ....  
 Nome .....  
 Doc. ....  
 Nome .....  
 Doc. ....  
 Est. Civil .....  
 Doc. ....  
 Est. Civil .....  
 Doc. ....  
 Est. Civil .....  
 Doc. ....  
 Nascimento .....  
 Doc. ....  
 Nascimento .....  
 Doc. ....

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
 DPVAT  
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
 19 SET 2019  
 Gento Seguradora S/A.  
 Sr. Dom Pedro I, 776 Sl. 108-João Pessoa/PB

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190540486 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSELITO BARBOSA DOS SANTOS JUNIOR **Data do acidente:** 01/02/2017 **Seguradora:** SANCOR SEGUROS DO BRASIL S. A.

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA EXPOSTA DA TÍBIA DIREITA.

**Descrição do exame físico:** AO EXAME FÍSICO APRESENTA CLAUDICAÇÃO DA MARCHA, CICATRIZES CIRÚRGICAS NA PERNA DIREITA, LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR DO JOELHO DIREITO, DEFICIT DE FORÇA MOTORA DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** PERICIANDO VITIMA DE ACIDENTE DE MOTOCICLETA SOFREU FRATURA EXPOSTA DA TÍBIA DIREITA, FOI TRATADO CIRURGICAMENTE, OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS, EVOLUIU COM INFECÇÃO (OSTEOMIELITE) , SENDO NECESSÁRIOS NOVOS PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS PARA LIMPEZA DESBRIDAMENTO E RETIRADA DE MATERIAL DE SÍNTESE, NO MOMENTO APRESENTA FRATURA CONSOLIDADA, SEM SINAIS DE INFECÇÃO ATIVA, PORÉM RESULTOU EM CLAUDICAÇÃO DA MARCHA, HIPOTROFIA DA PERNA DIREITA, LIMITAÇÃO DA FLEXÃO DO JOELHO EM 40 GRAUS, DEFICIT DE FORÇA MOTORA DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO ANATÔMICA E FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO DO MEMBRO INFERIOR DIREITO

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 11/10/2019

**Conduta mantida:**

**Observações:**

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Total			35 %	R\$ 4.725,00

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190540486 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSELITO BARBOSA DOS SANTOS JUNIOR **Data do acidente:** 01/02/2017 **Seguradora:** SANCOR SEGUROS DO BRASIL S. A.

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA EXPOSTA DA TÍBIA DIREITA.

**Descrição do exame físico:** AO EXAME FÍSICO APRESENTA CLAUDICAÇÃO DA MARCHA, CICATRIZES CIRÚRGICAS NA PERNA DIREITA, LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR DO JOELHO DIREITO, DEFICIT DE FORÇA MOTORA DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** PERICIANDO VITIMA DE ACIDENTE DE MOTOCICLETA SOFREU FRATURA EXPOSTA DA TÍBIA DIREITA, FOI TRATADO CIRURGICAMENTE, OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS, EVOLUIU COM INFECÇÃO (OSTEOMIELITE) , SENDO NECESSÁRIOS NOVOS PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS PARA LIMPEZA DESBRIDAMENTO E RETIRADA DE MATERIAL DE SÍNTESE, NO MOMENTO APRESENTA FRATURA CONSOLIDADA, SEM SINAIS DE INFECÇÃO ATIVA, PORÉM RESULTOU EM CLAUDICAÇÃO DA MARCHA, HIPOTROFIA DA PERNA DIREITA, LIMITAÇÃO DA FLEXÃO DO JOELHO EM 40 GRAUS, DEFICIT DE FORÇA MOTORA DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO ANATÔMICA E FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO DO MEMBRO INFERIOR DIREITO

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 11/10/2019

**Conduta mantida:**

**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Total			35 %	R\$ 4.725,00

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190540486 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSELITO BARBOSA DOS SANTOS JUNIOR **Data do acidente:** 01/02/2017 **Seguradora:** SANCOR SEGUROS DO BRASIL S. A.

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 30/09/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** FRATURA EXPOSTA DA PERNA DIREITA.(OSTEOMIELOITE)

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA. PÁG 5/8/13

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das  
sequelas:**

**Documentos  
complementares:**

**Observações:** (X) SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES

**Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.**

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190540486 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSELITO BARBOSA DOS SANTOS **Data do acidente:** 01/02/2017 **Seguradora:** SANCOR SEGUROS DO BRASIL S. A.  
**JUNIOR**

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 01/10/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** FRATURA EXPOSTA DA PERNA DIREITA.(OSTEOMIELOITE)

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA. PÁG 5/8/13

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das  
sequelas:**

**Documentos  
complementares:**

**Observações:** (X) SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES

**Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.**

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Total			35 %	R\$ 4.725,00

**OUTORGADO: LIBN DIEGO PEREIRA DE SOUSA**, RG Nº 2933675, CPF/MF nº 057.714.324-74, com endereço cito à Rua: João Teixeira de Carvalho, 349 Bairro: Pedro Gondim, cidade de João Pessoa, Estado Paraíba.

**OUTORGADO: MARCILIO FERREIRA DE MORAIS**, RG Nº 2797451, CPF/MF nº 075.198.084-67, com endereço cito à Rua: João Teixeira de Carvalho, 349 Bairro Pedro Gondim, cidade de João Pessoa, Estado Paraíba.

Obs: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e docur  
apresentados e disponibilizados ao outorgado.

\_\_\_\_\_, 71 de SETEMBRO de 2019.

*[Assinatura]*

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

OUTORGANTE

9 2 OCT 2019

SEÇÃO NOTARIAL E REGISTRAL  
OFÍCIO DE NOTARIAS  
PRAÇA DA SERRA CORONADA - ITAMBAI  
CEP: 36.080-000 FONE: 3591-1310 FAX: 3591-1311

CANCELAMENTO DE FIRMA Nº 2019-02054

autenticidade e firma da:

ARBOSA DOS SANTOS JUNIOR

assinou de verdade João Passos - RG 11.899.215-7 CPF 030.57844

RL: AJA41416-40EK

titicidade em https://seledigital.tj.jab.jus.br

**Souto  
Servizo  
Notarial**

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

OUTORGANTE

9-2-2019

[illegible]



# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0324961/19

**Vítima:** JOSELITO BARBOSA DOS SANTOS JUNIO

**CPF:** 102.144.914-80

**Seguradora:** SANCOR SEGUROS DO BRASIL S. A.

**Data do acidente:** 01/02/2017

**Titular do CPF:** JOSELITO BARBOSA DOS SANTOS JUNIOR

**CPF de:** Próprio

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT  
Outros

### LIBNI DIEGO PEREIRA DE SOUSA : 057.714.324-74

Comprovante de residência  
Declaração Circular SUSEP 445/12  
Documentos de identificação  
Procuração

### JOSELITO BARBOSA DOS SANTOS JUNIOR : 102.144.914-80

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 19/09/2019  
Nome: LIBNI DIEGO PEREIRA DE SOUSA  
CPF: 057.714.324-74

LIBNI DIEGO PEREIRA DE SOUSA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 19/09/2019  
Nome: Luanna Karla Bezerra de Amorim Costa  
CPF: 095.931.564-02

Luanna Karla Bezerra de Amorim Costa